

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE ORIGEN Y USUARIO / PACIENTE														
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA		UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA			NÚMERO DE ARCHIVO					
MSP		4443	CENTRO DE SALUD ROCAFUERTE		B	1352360935			1352360935					
PRIMER APELLIDO		SEGUNDO APELLIDO		PRIMER NOMBRE		SEGUNDO NOMBRE		SEXO	FECHA NACIMIENTO	EDAD	CONDICIÓN EDAD (MARCAR)			
PIZCO		LAJE		ALISSON		ADAMARY		F	31/05/2016	9	H	D	M	A
No. TELÉFONO (CELULAR O CONVENCIONAL)		TIPO DE COBERTURA		REFERENCIA		DERIVACIÓN		MOTIVO						
9944944678 / 0988945181		MSP		X				1. Accesibilidad geográfica. 2. Falta de espacio físico. 3. Falta de equipamiento. 4. Equipos en mal estado. 5. Problemas de infraestructura. 6. Problemas de abastecimiento. 7. Insuficiencia de profesionales. 8. Inadecuada capacidad resolutive 9. Ausencia de la prestación en la cartera de servicios						
LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL		PROVINCIA		CANTÓN		PARROQUIA								
MANABI		ROCAFUERTE		ROCAFUERTE				X						

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL QUE SE REFIERE - DERIVA			
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD	SERVICIO	ESPECIALIDAD
MSP	HOSPITAL NAPOLEON DAVILA CÓRDOVA	CONSULTA EXTERNA	OTORRINOLARINGOLOGÍA

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO

PACIENTE FEMENINO DE 9 AÑOS DE EDAD NO REFIERE APP ACUDE EN COMPAÑÍA DE LA MADRE POR PRESENTAR TOS CON EXPECTORACION MUCOSA Y TIRAS DE SANGRE DE COLORACIÓN ANARANJANDO. PACIENTE HEMODINÁMICAMENTE ESTABLE. AL EXAMEN FÍSICO SE PRESENTA HIPERTROFIA DE AMIGADALAS GRADO II, NO PRESENCIA DE PLACAS BLANQUECINAS. MADRE REFIERE QUE PACIENTE PRESENTA PRESENTA RONQUIDO Y APNEAS DURANTE EL SUEÑO. RESTO DE EXAMEN FÍSICO NORMAL. PLAN: SE ENVÍA PARACETAMOL CADA 8 HORAS POR 5 DÍAS Y LORATADINA 10 MG CADA DÍA POR 5 DÍAS. SE REALIZA INTERCONSULTA CON OTORRINOLARINGOLOGÍA PARA SEGUIMIENTO Y VALORACIÓN.

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS	

E. DIAGNÓSTICO									
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.	HIPERTROFIA DE LAS AMIGDALAS			J351	X		4.		
2.							5.		
3.							6.		

F. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
25/02/2026	15:00:00	MIGUEL		LOOR	PONCE
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	
1750263400					

G. EVALUACIÓN DE LA REFERENCIA / DERIVACIÓN											
REFERENCIA JUSTIFICADA		SI		NO		DERIVACIÓN JUSTIFICADA		SI		NO	
CONTRAREFERENCIA						REFERENCIA INVERSA					

A. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO QUE CONTRAREFIERE O REALIZA LA REFERENCIA INVERSA						
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	UNICÓDIGO	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		TIPOLOGIA	NÚMERO DE HISTORIA CLÍNICA ÚNICA	NÚMERO DE ARCHIVO

B. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO AL CUAL SE CONTRAREFIERE O SE REALIZA REFERENCIA INVERSA				
INSTITUCIÓN DEL SISTEMA	ESTABLECIMIENTO DE SALUD		DISTRITO	FECHA (aaaa-mm-dd)

C. RESUMEN DEL CUADRO CLÍNICO												

D. HALLAZGOS RELEVANTES DE EXÁMENES Y PROCEDIMIENTOS DIAGNÓSTICOS												

E. TRATAMIENTOS Y PROCEDIMIENTOS TERAPÉUTICOS REALIZADOS												

F. DIAGNÓSTICO									
PRE= PRESUNTIVO		DEF= DEFINITIVO		CIE	PRE	DEF	CIE	PRE	DEF
1.							4.		
2.							5.		
3.							6.		

G. TRATAMIENTO RECOMENDADO A SEGUIR EN ESTABLECIMIENTO DE SALUD AL QUE SE CONTRAREFIERE												

H. DATOS DEL PROFESIONAL RESPONSABLE					
FECHA (aaaa-mm-dd)	HORA (hh:mm)	PRIMER NOMBRE		PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE DOCUMENTO DE IDENTIFICACIÓN		FIRMA		SELLO	